

ULCERAS DE LA PIERNA. CIRUGIA

Dr. Norberto Cerruti
(Carmelo)

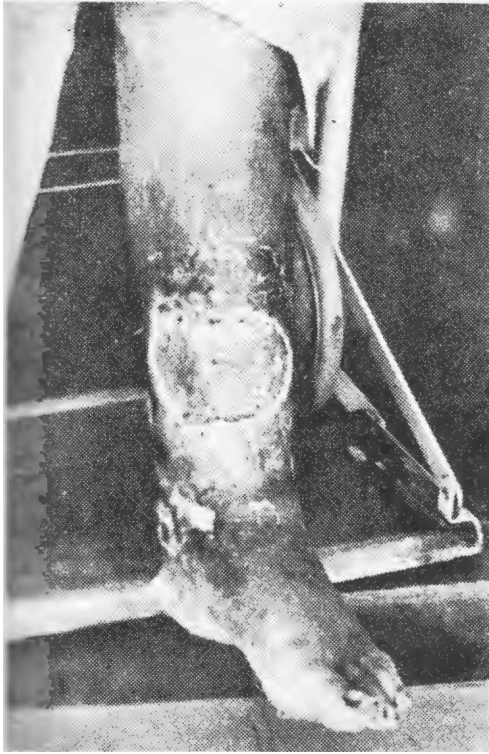
Como base para encarar este trabajo tomaré solamente en cuenta los enfermos tratados durante cuatro años y medio en Juan Lacaze y un año en Carmelo, prescindiendo de los diez años de ejercicio en Montevideo.

He tratado 39 úlceras de pierna; 24 con tratamiento médico y 15 con tratamiento quirúrgico, éste con resultados excelentes.

Las úlceras gran de *pierna, tobillo y pie*; las de pierna sobre todo en el tercio inferior, cara interna; en menor número en la cara externa y dos cabalgando sobre la cresta de la tibia y en consecuencia abarcando las dos caras. En el tobillo a nivel del maléolo interno y en el pie sobre el dorso. Los enfermos eran de ambos *sexos*, aunque predominando en mujeres, particularmente obesas y de cierta edad, la mayoría de condición modesta: obreros, cocineras, choferes, etc. A veces úlcera solitaria, otras veces doble y aun mismo en número de tres y cuatro. Como factor etiológico dominante, el *tropovaricoso*; en un número reducido factor *específico* y ambos combinados. El trauma, sobre todo pequeño, está casi siempre en causa y la infección, a piógenos o a hongos, es frecuente. Por tratarse de pueblos laboriosos y trabajadores, uno esencialmente fabril, el otro agrícola, he comprendido bien las repercusiones sociales y económicas de los ulcerados de piernas, sujetos que viven más para su pierna que para sí mismo o la sociedad; son enfermos que han entrado lentamente en un complejo de inferioridad por su limitado rendimiento en el trabajo y el convencimiento de la incurabilidad de su afección. Obligados a guardar reposos continuados, ganan pocos jornales, so-

bre todos los obreros fabriles, pues la mayoría no son mensuales y en consecuencia rinden también muy poco. Los ulcerosos de pierna cuestan al Estado sumas millonarias, cifras que conocen muy bien las autoridades correspondientes. Si tienen carné de pobre concurren con frecuencia a las policlínicas hospitalarias a retirar pomadas, gasas, vendas, desinfectantes, etc.; si no lo tienen gastan mucho de su dinero particular. Me decía un señor que su esposa hacía 36 años que tenía una úlcera varicosa y que llevaba gastados más de mil pesos en consultas médicas, análisis, pomadas, medicamentos, etc. Todos estos factores los he tenido muy en cuenta para tratar mis enfermos. Sé muy bien que el reposo prolongado cierra la mayoría de las úlceras, pero que no las cura, pues reaparece al menor trauma. Por eso, cuando he hecho tratamiento médico, he preferido el ambulatorio, que me ha dado igual resultado que el reposo, pero sin impedir el trabajo. Empleo la bota de Unna (ahora uso el Viscopaste) que dejo dos meses, renovándola o no según las circunstancias; para evitar el olor fétido hago una ventana a nivel de la o las ulceraciones, que aprovecho para tratar con sustancias colorantes (violeta de genciana) en solución acuosa al 2 %, sangre total pues no dispongo de glóbulos rojos desecados, vitamina A y D, pomadas con penicilina, compresión de la úlcera con un apósito y sol, comenzando por diez minutos y aumentando uno por día hasta llegar a media hora; aconsejo evitar el jabón. Uso siempre el biyoduro por boca y por supuesto que si están en juego la sífilis o la diabetes, se hará el tratamiento correspondiente.

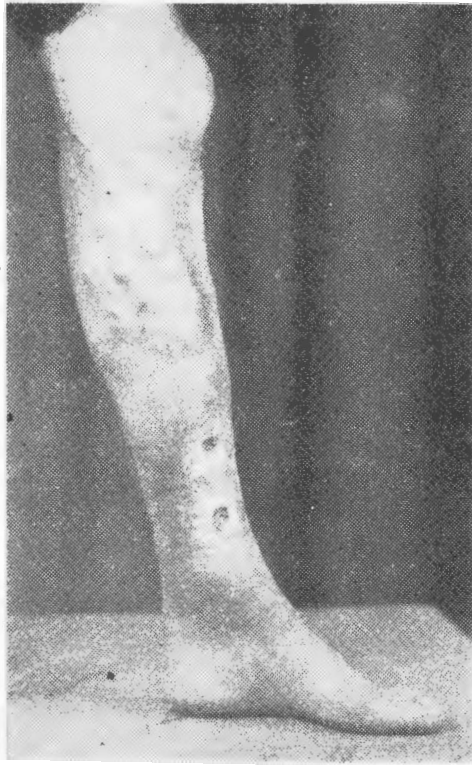
El ideal es no tratar una úlcera de pierna sino hacer su profilaxis. Mahorner, que ha dedicado 20 años al estudio de este tema, nos dice que la úlcera va precedida de la *pierna indurada*, considerando como tal cualquier dureza y engrosamiento de piel y tejido subcutáneo. Por eso que da gran valor a esta etapa pre-ulcerosa que trata con el reposo bien conducido, de una a dos horas diarias, con el enfermo totalmente acostado y con la pierna por arriba del nivel del corazón, y aconsejándole que necesitará de dos a seis meses para su curación. Corresponde pues en lo posible establecer las causas que puedan originar la pierna indurada para hacer el tratamiento preventivo. Entre esos factores tenemos el edema post-tromboflebítico, las várices, la obesidad,



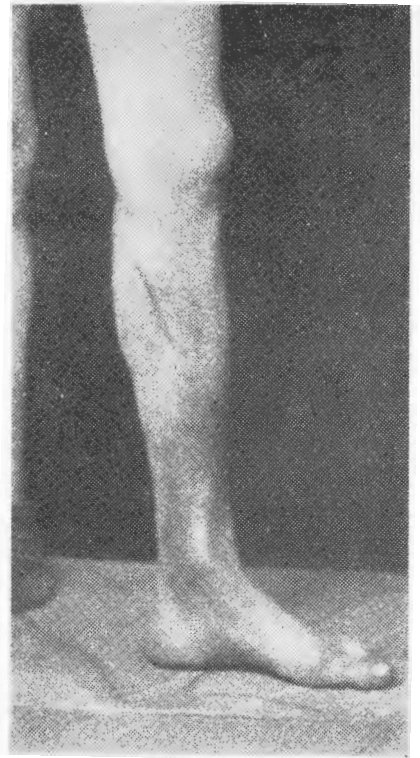
E. C. de P. — Enorme úlcera varicosa, infectada, maloliente, a bordes decolados. (Ver historia).



E. C. de P. — Foto sacada a los 2 meses de operada.

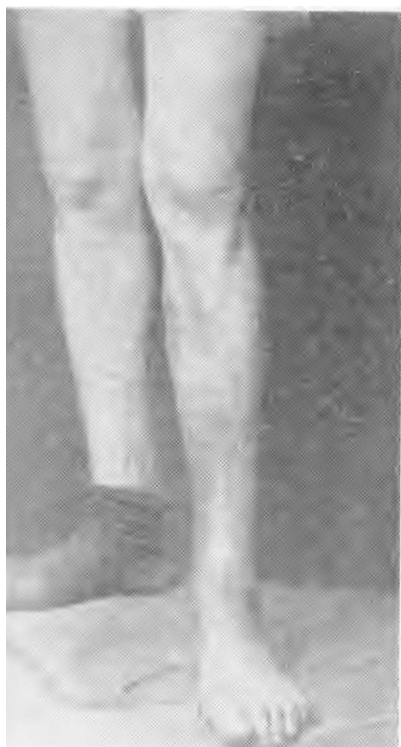


M. W. — Junio 27 1946. — Dos úlceras varicosas de cara interna de pierna. 1/3 inferior y medio. Evolución de 23 años. (Ver historia).



M. W. — Foto sacada al mes de operado.

M. W. — Junio 27/1946. — Dos úlceras varicosas de cara interna de pierna, 1/3 inferior y medio. Evolución de 23 años. (Ver historia).



M. W. — Foto sacada al mes de operado.

los traumas, la infección y causas generales o sistémicas. En consecuencia se hará la profilaxis de la *trombosis* por la ambulación precoz, después de las operaciones y, del parto, por el ejercicio, y los anticoagulantes. Pero si la trombosis ya está constituida, sobre todo si es extendida, se hará la aspiración de los trombos y resección de la vena para evitar la pierna indurada y más tarde la úlcera, que es muy dolorosa, incómoda, fastidiosa y recidivante, úlcera que se beneficia con el bloqueo novocaínico del simpático lumbar, que mejora mucho el dolor y el edema.

Las *venas varicosas* serán operadas cuando sea posible; la infección se tratará con antibióticos (penicilina y estreptomina); se combatirá la diabetes y las *causas sistémicas* y se evitarán los traumas. Finalmente se recordará que la piel del tobillo es de muy escasa vitalidad, muy inferior a la de la cara, cuello y abdomen, y que una escoriación, una pequeña herida a ese nivel, encuentran un terreno propicio para el desarrollo de la úlcera.

Lacirugía de las úlceras de la pierna comprenden una serie de operaciones, que actúan:

1º) *Sobre el simpático*. (He visto hacer simpatectomía periarterial con buen resultado, pero no tengo experiencia personal).

2º) *Sobre las venas*.

3º) *Sobre la úlcera*. (Con o sin resección de su lecho y colocando un injerto).

Se realizan además una serie de operaciones como la de Mowrey, incisión circular de la pierna hasta el plano aponeurótico, y cuya finalidad es la sección de filetes nerviosos, arteriales y venosos subcutáneos, la operación de *Kondoleón*, incisiones verticales de la pierna seccionando la aponeurosis, para comunicar el sistema superficial con el profundo; las incisiones en escarapela alrededor de la úlcera, y por último la elongación y herpage del nervio tibial posterior en la gotera retromaleolar, o la novocainización del mismo nervio. (Algunos autores hacen novocaína en el interior de la vena varicosa, 10 c.c. al 1 %).

Siendo la úlcera varicosa con mucho la más frecuente, es sobre las venas que se actúa de preferencia. Hay una etapa preulcerosa caracterizada por endurecimiento y edema al nivel del maléolo, donde casi siempre existe a ese nivel una pequeña vena

trombosada; luego aparece una discreta pigmentación y dermatitis eczematosa y pruriginosa. En esta etapa se hará el tratamiento quirúrgico de las várices y se evitará la aparición de la úlcera. En presencia de una úlcera varicosa, igualmente se hará el tratamiento quirúrgico de las várices. (Cayadectomía con resección de colaterales, ligadura de las perforantes insuficientes, etc.). De esta manera se cura un gran porcentaje de ulcerosos; no obstante, si la úlcera persiste después de la operación, se resecará y colocará un injerto. Si la úlcera es vieja y recidivante como suelen ser las de origen tromboflebítico, acompañadas casi siempre de zonas induradas, se realizará la operación de Mahorner, que consiste en la resección extensa de la región indurada, incluyendo el lecho de la úlcera, aponeurosis, se aviva el músculo y se coloca un injerto total de piel; de esta manera tenemos un injerto que ya trae vitalidad y además está irrigado por la circulación profunda. Esta operación da un 90 % de curas, la cesación del dolor es total y el injerto queda invisible.

Puede emplearse para úlceras post-tromboflebíticas y también varicosas.

En la úlcera post-tromboflebítica, Buxton y Coller hacen la resección de la vena ocluida, conducta que no satisface mucho a Mahorner, quien aconseja esperar los resultados. En cuanto a la ligadura de la vena femoral, sobre todo en los viejos, no es aceptada por todos los cirujanos porque queda siempre edema residual.

La mayoría de las úlceras que he tratado quirúrgicamente eran varicosas, y he tenido éxito actuando sólo sobre el sistema venoso superficial; en la actualidad hay tendencia a hacerlo sobre el sistema profundo, pero yo no tengo experiencia al respecto. En resumen, cuando por distintos motivos he tratado las úlceras de pierna por procedimientos médicos, he dado preferencia al tratamiento ambulatorio con bota de Unna con el agregado de lo dicho anteriormente.

La mayoría de las úlceras varicosas curan con el tratamiento quirúrgico de las várices; sólo en dos circunstancias he debido recurrir al injerto dermo-epidérmico de la úlcera, sacado del muslo y con muy buen resultado como ilustrarán algunas fotos.

SEÑOR PRESIDENTE. — Tiene la palabra el doctor Walter Suiffet.

DOCTOR SUIFFET. — No voy a hacer el trabajo porque sería muy extenso. Consultaré sólo los puntos más importantes.

Debemos referirnos sobre un problema que ya mencionara en su exposición el doctor Cerrutti, y es el relativo al problema social y económico de estos enfermos.

En segundo término, veremos los distintos factores que intervienen en la producción y en el mantenimiento de las lesiones trofo-ulcerosas, donde además de la insuficiencia venosa existe la infección agregada, de tipo trivial o específica, la linfangitis, aguda o crónica, las lesiones tromboticas venosas, focos ulcerosos, los trastornos metabólicos, diabetes, obesidad, sífilis, traumatismos repetidos, etc.

Insistimos en la importancia de la circulación profunda en estos enfermos, y su estudio fisiológico por la clínica y la flebografía, que se ha visto enriquecida en el momento actual por nuevas técnicas. Viejos conceptos insistían ya en la importancia de las llamadas várices profundas en la constitución de estos síndromes, y la hipótesis de Verneuil, que fue mucho tiempo abandonada, va recuperando su posición.

Desde luego que todos los casos no son debidos a insuficiencia profunda, pero muchos lo son. El sistema venoso profundo puede encontrarse en situaciones diversas. Puede estar permeable totalmente, sin obstrucción de su luz en ningún sector, y no ser funcionalmente suficiente, es decir, no ser capaz de la conducción de la sangre de la periferia al corazón.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Dr. Carlos Stajano

ESTUDIO CLINICO FLEBOGRAFICO DE LA SUFICIENCIA VENOSA PROFUNDA EN LAS VARICES DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Prof. Agr. Dr. Walter R. Suiffet

Uno de los problemas más arduos que existen en clínica son los enfermos portadores de várices y de trastornos tróficos al nivel de sus miembros inferiores. Este problema tiene una gran repercusión, pues los enfermos están disminuídos en magnitud variable en su capacidad física dado los serios trastornos que les impone el ortoestatismo. La incapacidad física los perturba psíquicamente y el problema tiene una repercusión material y social de gran importancia.

Por estas razones este asunto merece una atención mayor que la que se ha dispensado hasta hace poco tiempo.

La insuficiencia venosa crónica superficial o superficial y